

FONTES DE DISCORDÂNCIA EM DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS EM HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

Evandro da Silva Freire Coutinho¹
e Carlos Henrique Klein¹

Os prontuários de pacientes internados em três hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro foram estudados em duas oportunidades consecutivas. Os autores investigaram, como fontes de discordância entre os diagnósticos, o sexo e a idade dos pacientes, o tipo de hospital (público, privado e de ensino) e de diagnóstico, o intervalo entre as internações e suas durações médias, e se os médicos avaliadores e as instituições eram ou não os mesmos nas duas internações.

As categorias diagnósticas "Esquizofrenia" e "Alcool e drogas" apresentaram uma discordância menor do que os demais grupos de diagnósticos considerados em conjunto, qualquer que tenha sido o hospital de ambas as internações ($P < 0,01$). Para os pacientes com as duas internações em hospitais diferentes, além do diagnóstico, o intervalo entre as duas últimas internações mostrou-se associado com a discordância diagnóstica ($P < 0,05$). No caso das duas últimas internações terem ocorrido na mesma instituição, o tipo de hospital e o fato de ser ou não o mesmo médico assistente nas duas oportunidades mostraram-se associados com a discordância ($P < 0,01$).

Na psiquiatria, o diagnóstico é alvo freqüente de críticas, havendo grande descrédito quanto à sua importância, ao contrário do que ocorre nos outros ramos da Medicina. Kendell (1) apontou a baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, isto é, o elevado grau de discordância entre os psiquiatras, como um dos principais elementos que explicam essa idiosincrasia.

Embora em 1949 Ash (2) criticasse seus colegas psiquiatras por não se preocuparem em estudar as causas da baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, a partir da década de 30 já se encontram autores preocupados com essa questão. Kendell (1) cita os trabalhos de Masserman e

Carmichael, mostrando que após um ano, 40% dos diagnósticos em um hospital universitário de Chicago precisavam ser revisados, assim como aos de Boisen, que encontrou freqüências muito diferentes para os subtipos de esquizofrenia ao comparar pacientes de Massachusetts e Illinois.

Até 1966, os estudos sobre confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico dividiam-se, de acordo com Zubin, citado por Spitzer e Fleiss (3), em três grupos:

□ de concordância entre avaliadores independentes examinando os mesmos pacientes;

¹ Escola Nacional de Saúde Pública. Endereço para correspondência: Rua Leopoldo Bulhões 1480, 8º andar, Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil CEP 21041.

- de estabilidade do diagnóstico ao longo do tempo e
- de semelhança de taxas de transtornos mentais entre amostras comparáveis.

Ao revisar criticamente mais de cem trabalhos sobre as causas prováveis da baixa confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico, um estudioso (4), dividiu os estudos em duas categorias de trabalhos: os que associam os resultados com características dos psiquiatras (concepções teóricas, experiência profissional, influências interpessoais e classe social) e os que associam os resultados com elementos que compõem o processo do diagnóstico (técnica de entrevista, percepção de patologia, peso atribuído a sintomas e sistema de classificação).

No Brasil encontramos apenas dois estudos com a preocupação de analisar as causas da baixa confiabilidade diagnóstica psiquiátrica. Entretanto, em ambos os casos, os autores se voltaram mais para a validação, isto é, a concordância do diagnóstico com um padrão, do que para a confiabilidade, que está relacionada com a concordância entre dois ou mais diagnósticos.

Uma pesquisa conduzida na Bahia (5), estudou o viés causado por três variáveis sócio-culturais sobre o diagnóstico psiquiátrico obtido através do Questionário de Morbidade Psiquiátrica em Adultos (QM_{PA}). Essas variáveis foram: a situação migratória, a procedência e a inserção produtiva; enquanto que idade e sexo dos pacientes foram tratados como variáveis interferentes. Os dados permitiram considerar apenas a situação migratória como fonte de viés. Outros dois pesquisadores (6) estudaram a validade do "General Health Questionnaire" e do "Self Report Questionnaire"

em relação ao "Clinical Interview Schedule" em três clínicas de atenção primária da cidade de São Paulo. As variáveis sexo e escolaridade mostraram ser importantes fatores de erro de classificação diagnóstica.

O presente artigo trata de analisar os dados obtidos em três hospitais psiquiátricos (um público, um privado e um de ensino universitário) do município do Rio de Janeiro; em relação às possíveis fontes de discordância dos diagnósticos feitos nas duas últimas internações. Os indicadores de concordância dos diagnósticos psiquiátricos atribuídos nas duas últimas internações foram apresentados em outro artigo (8).

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento

O método utilizado é conhecido como "Teste-Retest" (9), sendo comparados os diagnósticos atribuídos em duas internações psiquiátricas consecutivas, com intervalo máximo de um ano.

Amostra

Os pacientes foram os internados em três hospitais psiquiátricos do município do Rio de Janeiro, nos anos de 1985 e 1986. Os três hospitais eram: um público (PU), um privado (PR) e um de ensino universitário (E). Esses hospitais não foram selecionados aleatoriamente; porém, podem ser considerados modelos daquelas três modalidades de instituição de atenção psiquiátrica. A penúltima internação podia ter ocorrido em qualquer outro hospital do município do Rio de Janeiro (grupo I de pacientes — instituição diferente) ou no mesmo hospital da última internação (grupo II de pacientes — mesma instituição).

O tamanho das amostras foi fixado em função da capacidade de detectar um valor de concordância mínimo (medido

pelo índice Kappa de Cohen (10)) entre os diagnósticos feitos nas duas últimas internações, em cada um dos estratos, segundo grupos de pacientes e hospitais (8).

Fontes dos dados

Os dados foram obtidos dos prontuários dos hospitais. São, portanto, dados secundários, registrados pelos psiquiatras sujeitos às deficiências próprias desse tipo de informação. Isso limitou o número de fatores a serem investigados.

Os diagnósticos haviam sido codificados de acordo com a nona revisão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial da Saúde (11).

Coleta dos dados

Um médico e uma psicóloga fizeram a maior parte da compilação dos dados através da transcrição para um questionário padronizado das informações contidas nos prontuários. Um grupo de alunos de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública (Fundação Oswaldo Cruz), também participou, em pequena escala, dessa tarefa.

Análise dos dados

Os registros dos questionários foram codificados e transferidos para arquivos organizados, em microcomputador, pelo sistema 1-2-3 (12).

Pelo fato de alguns pacientes terem recebido mais de um diagnóstico em uma mesma admissão, foram estimadas medidas de concordância de duas maneiras diferentes. Num desses procedimentos, o mais rigoroso, as comparações foram feitas apenas entre os diagnósticos registrados em primeiro lugar nos boletins de alta das duas

internações. Em outro procedimento, mais complacente, admitia-se concordância sempre que um mesmo diagnóstico constasse dos dois boletins de alta, independente da sua posição hierárquica em qualquer um dos dois. Não houve diferença significativa entre os índices de concordância (Kappas) obtidos com os dois procedimentos. Isto pode ser explicado pelo fato das comparações terem sido feitas entre grupos de diagnósticos.

Para avaliar a influência de cada fator (variável independente) sobre a discordância dos diagnósticos (variável dependente), atribuídos na última e penúltima internações, calcularam-se as razões de produtos cruzados (RPC ou "odds ratio") (13). A razão de produtos cruzados foi utilizada como uma medida de grau de associação (seu valor tem sido interpretado como um indicador viciado do risco relativo em estudos de casos e controles). A aplicação que se deu a esse indicador, o esquema geral para cada fator de discordância diagnóstica, poderia ser representada como na figura 1.

Portanto, com o fator presente, teríamos "a" diagnósticos discordantes (na última e penúltima internações) e "b" concordantes ao passo que com o fator ausente, teríamos "c" diagnósticos discordantes e "d" concordantes. A razão de produtos cruzados, como o próprio nome diz, é a razão entre os produtos de "ad" e "bc" ($RPC = ad/bc$). Os resultados podem ser interpretados segundo uma das três categorias em que se enquadram:

- $RPC < 1$: associação negativa, ou seja, a discordância é menor com o fator presente
- $RPC < 1$: não há associação, ou seja, a discordância não depende da presença do fator
- $RPC > 1$: associação positiva, ou seja, a discordância é maior com o fator presente.

FIGURA 1. Esquema geral para o fator de discordância diagnóstica

		Diagnósticos	
		Discordantes (1)	Concordantes (0)
Fator	Presente (1)	a	b
	Ausente (0)	c	d

Para controlar o efeito dos demais fatores sobre a associação da discordância diagnóstica com um fator em particular, calcularam-se razões de produtos cruzados, ajustadas através de modelos logísticos. No presente estudo, para a construção dos modelos, os fatores (variáveis) tiveram suas categorias arbitradas, com seus códigos correspondentes, como segue:

a) variável dependente:

discordância de diagnóstico (1 = sim, 0 = não);

b) variáveis independentes:

hospital (1 = público, 0 = ensino); (1 = privado, 0 = ensino);

sexo (1 = feminino, 0 = masculino);

idade (1 = até 29 anos, 0 = 30 anos ou mais);

diagnóstico (1 = esquizofrenia, 0 = outro); (1 = álcool e drogas, 0 = outro);

duração média das internações (1 = mais de 21 dias, 0 = até 21 dias);

intervalo entre internações (1 = até 180 dias, 0 = 181 a 365 dias);

médico (1 = diferente, 0 = mesmo);

instituição (1 = diferente, 0 = mesma).

E preciso chamar a atenção para uma relação estrutural que existe entre as variáveis "médico" e "instituição": a variável

médico só podia assumir, alternativamente, uma das duas categorias (diferente ou mesmo) quando a instituição, nas duas internações, era a mesma. Sempre que a instituição era diferente, os médicos também eram diferentes. Por fim, os cálculos das razões de produtos cruzados, ajustadas por modelos logísticos, foram feitos com a utilização de um programa gentilmente cedido por McGee (14). Também foram testadas as hipóteses de que as RPC não diferissem de um (caso de não associação entre discordância diagnóstica e fator).

Infelizmente, não foi possível analisar a influência de outros fatores relacionados com o ambiente e a situação sócio-econômica dos pacientes, por serem as informações a respeito de qualidade muito precária nos registros médicos—os prontuários. Para muitas destas questões, em mais da metade dos prontuários as informações nem sequer existiam.

RESULTADOS

Os resultados referentes aos índices de concordância aparecem com detalhes em outro trabalho (7). Porém, a tabela 1 mostra um resumo dos mesmos, de acordo com o tipo de hospital, o grupo (última e penúltima internações em hospitais diferentes ou no mesmo) e a categoria nosológica. Como se pode ver das seis categorias nosológicas criadas, os índices são baixos, com exceção dos de "Álcool e drogas" e "Esquizofrenia", ainda assim somente quando o hospital de internação é o mesmo nas duas últimas oportunidades. Aliás, de um modo geral, independente do tipo de hospital ou da categoria nosológica, a confiabilidade é maior no grupo II (de pacientes internados no mesmo hospital nas duas últi-

mas ocasiões) do que no grupo I (de pacientes internados em hospitais diferentes). O hospital de ensino apresenta os melhores índices de concordância e o hospital público os piores, sendo que o privado parece ficar num nível intermediário de confiabilidade.

As tabelas seguintes, 2, 3 e 4, apresentam os valores das razões de produtos cruzados (brutas e ajustadas) que medem o grau de associação entre os fatores pesquisados e a discordância entre os diagnósticos da última e penúltima internações. Para cada fator (variável independente) existe sempre uma categoria de referência, cuja RPC é igual a um. Os valores das demais categorias podem ser interpretados, *grosso modo*, como excessos de risco em relação aos de referência. Assim, uma RPC de 2,25 para o hospital público, na tabela 1, pode ser lida como um risco de discordância diagnóstica 2,25 vezes maior neste hospital do que no de ensino. Esse tipo de leitura é tanto mais correto quanto mais o valor da RPC se aproxima de um.

TABELA 1. Índices de concordância (Kappa) segundo o grupo de diagnóstico, tipo de hospital e categoria nosológica

Categoria nosológica	Grupo I ^a			Grupo II ^b		
	Hospital público (n = 110)	Hospital privado (n = 115)	Hospital de ensino (n = 118)	Hospital público (n = 152)	Hospital privado (n = 157)	Hospital de ensino (n = 147)
Neuroses e transtornos de personalidade	0,08 ^c	0,20	0,38	0,08 ^c	0,53	0,62
Álcool e drogas	0,53	0,54	0,52	0,71	0,72	0,87
Esquizofrenia	0,29	0,24	0,32	0,30	0,81	0,82
Psicose maníaco-depressiva	0,30	0,24	0,49	0,17	0,76	0,74
Outras psicoses não orgânicas	0,05 ^c	0,15 ^c	-0,03 ^c	0,15 ^c	0,51	0,32
Transtornos orgânicos	0,21	0,22	0,07 ^c	0,47	0,58	0,49
Todos os diagnósticos	0,28	0,29	0,34	0,34	0,69	0,74

^a I—última e penúltima internações em hospitais diferentes

^b II—última e penúltima internações no mesmo hospital.

^c Não é possível rejeitar a hipótese nula, de que Kappa seja igual a zero, para um grau de confiança de 95%

A tabela 2 se refere aos resultados da aplicação do modelo logístico no total dos dados obtidos. Ela nos mostra que provavelmente, para um grau de confiança de 95%, só existe associação entre discordância diagnóstica e tipo de hospital (no público o risco de discordância é maior do que no de ensino), tipo de diagnóstico (o risco de discordância é menor para os diagnósticos de "Álcool e drogas" e "Esquizofrenia" do que para os demais), médico (se o médico for diferente nas duas internações o risco de discordância é maior) e instituição (se os hospitais das duas últimas internações forem diferentes o risco de discordância é maior). Já o sexo, a idade, o intervalo entre as internações e a duração média das duas não parecem estar relacionados com a discordância nos dois últimos diagnósticos. ○

grau mais elevado de associação está relacionado com o médico; se for diferente nas duas ocasiões de diagnóstico a probabilidade de discordância aumenta várias vezes.

Pela análise dos índices de concordância (tabela 1) parece haver marcadas diferenças entre os pacientes internados em instituições diferentes ou na mesma instituição, nas duas últimas ocasiões. Por isso analisamos, em separado, a discordância diagnóstica destes dois grupos de pacientes.

Na tabela 3 apresentamos os resultados da aplicação do modelo logístico no grupo de pacientes com as duas últimas

TABELA 2. Razões de produtos cruzados (RPC) de discordância de diagnósticos, brutas e ajustadas, para todos os pacientes (n = 661, número de discordâncias = 235)

Fator (variável independente)	RPC		Significância ^b
	Bruta	Ajustada ^a	
Hospital: Público	1,77	2,25	<i>P</i> < 0,01
Privado	1,10	1,52	NS
De ensino	1	1	
Sexo: Feminino	1,28	1,31	NS
Masculino	1	1	
Idade: Até 29 anos	0,97	0,93	NS
30 anos ou mais	1	1	
Diagnóstico: Esquizofrenia	0,33	0,28	<i>P</i> < 0,01
Álcool e drogas	0,39	0,33	<i>P</i> < 0,01
Outros	1	1	
Intervalo entre internações:			
Até 180 dias	0,48	0,73	NS
181 a 365 dias	1	1	
Duração média das internações:			
Mais de 21 dias	1,03	1,10	NS
Até 21 dias	1	1	
Médico: Diferente	7,71	5,58	<i>P</i> < 0,01
Mesmo	1	1	
Instituição: Diferente	2,95	1,72	<i>P</i> < 0,01
Mesma	1	1	

^a Ajustamento por modelo logístico incluindo as demais variáveis independentes como controles

^b H₀: RPC = 1; a última categoria de cada variável é a referência para comparação; NS = não significante (*P* > 0,05).

TABELA 3. Razões de produtos cruzados (RPC) de discordância de diagnósticos, brutas e ajustadas, para pacientes com internações em hospitais diferentes (n = 279, número de discordâncias = 138)

Fator (variável independente)	RPC		Significância ^b
	Bruta	Ajustada ^a	
Hospital: Público	1,03	1,11	NS
Privado	1,08	1,08	NS
De ensino	1	1	
Sexo: Feminino	1,19	1,24	NS
Masculino	1	1	
Idade: Até 29 anos	1,08	1,20	NS
30 anos ou mais	1	1	
Diagnóstico: Esquizofrenia	0,30	0,29	$P < 0,01$
Álcool e drogas	0,28	0,37	$P < 0,01$
Outros	1	1	
Intervalo entre internações:			
Até 180 dias	0,61	0,58	$P < 0,05$
181 a 365 dias	1	1	
Duração média das internações:			
Mais de 21 dias	0,91	0,84	NS
Até 21 dias	1	1	

^a Ajustamento por modelo logístico incluindo as demais variáveis independentes como controles.

^b H_0 , RPC = 1; a última categoria de cada variável é a referência para comparação; NS = não significante ($P > 0,05$).

internações em hospitais diferentes. Nesse grupo, as diferenças de discordância entre os hospitais desaparecem, porém o intervalo de tempo decorrido entre as internações parece assumir relevância na determinação da discordância diagnóstica. Nesses pacientes, um intervalo de mais de seis meses entre as internações aumenta em 1,72 (a recíproca de 0,58) vezes o risco de discordância entre os diagnósticos, quando comparado ao intervalo de seis meses ou menos. A variável "médico" não entrou nesse modelo por não apresentar nenhuma variação, pois sempre que os hospitais eram diferentes, os médicos também o eram.

Na tabela 4 aparecem os resultados referentes aos pacientes internados no mesmo hospital, nas duas últimas oportunidades. Nesse modelo é possível incluir a variável "médico" pela mesma apresentar variação. Os fatores relevantes aqui encontrados são os mesmos do modelo geral,

aquele aplicado a todos os pacientes (tabela 2). Novamente, o intervalo entre as internações deixa de influenciar significativamente a discordância diagnóstica, assim como o sexo, a idade e a duração média das internações. Porém, as diferenças entre os hospitais se acentuam já que agora, além do hospital público, também o privado apresenta um risco de discordância significativamente mais elevado do que o de ensino. Como se esperava, médicos diferentes são fator altamente relevante no aumento da discordância, assim como "outros diagnósticos" que não os de "Álcool e drogas" ou "Esquizofrenia".

TABELA 4. Razões de produtos cruzados (RPC) de discordância de diagnósticos, brutas e ajustadas, para pacientes com internações no mesmo hospital ($n = 396$, número de discordâncias = 105)

Fator (variável independente)	RPC		Significância ^b
	Bruta	Ajustada ^a	
Hospital: Público	3,44	4,32	$P < 0,01$
Privado	1,47	2,49	$P < 0,05$
De ensino	1	1	
Sexo: Feminino	1,63	1,25	NS
Masculino	1	1	
Idade: Até 29 anos	0,82	0,77	NS
30 anos ou mais	1	1	
Diagnóstico: Esquizofrenia	0,27	0,19	$P < 0,01$
Álcool e drogas	0,29	0,19	$P < 0,01$
Outros	1	1	
Intervalo entre internações:			
Até 180 dias	0,53	0,98	NS
181 a 365 dias	1	1	
Duração média das internações:			
Mais de 21 dias	0,71	0,88	NS
Até 21 dias	1	1	
Médico: Diferente	6,10	6,95	$P < 0,01$
Mesmo	1	1	

^a Ajustamento por modelo logístico incluindo as demais variáveis independentes como controles.

^b H_0 : RPC = 1; a última categoria de cada variável é a referência para comparação, NS = não significante ($P > 0,05$).

DISCUSSÃO

A heterogeneidade de critérios diagnósticos parece ser maior no hospital público ou, talvez, seus médicos não tenham o hábito de consultar ou considerar o diagnóstico feito pelos seus colegas de instituição. Essa interpretação apóia-se no achado de não haver diferença significativa de discordância diagnóstica entre os hospitais (público e de ensino) para os pacientes internados em instituições diferentes; porém, a diferença é notável quando ambas as internações se fazem no mesmo hospital. Portanto, quando há dificuldade em saber qual o diagnóstico anterior, através de documentação médica, não há diferenças de comportamento dos hospitais quanto à concordância diagnóstica. Entretanto, quando este dado é acessível, o hospital de ensino

fornece diagnósticos mais coerentes do que os demais, sendo a pior coerência aquela correspondente ao hospital público.

O que parece contribuir para a discordância diagnóstica entre os psiquiatras, quando estes atribuem diagnósticos em hospitais diferentes para os mesmos pacientes, é o intervalo de tempo decorrido entre as internações; intervalos menores correspondem a uma maior coerência. Esse achado pode ser melhor compreendido se consideramos que a sintomatologia dos pacientes deve apresentar menores variações quando as duas internações são relativamente próximas. Porém, o intervalo entre

as internações não parece suficientemente relevante quando as internações se fizeram no mesmo hospital. Ainda assim, a tendência do indicador (RPC) assinala uma possível maior discordância para intervalos maiores; talvez uma amostra maior mostre que esse fator é relevante, porém não em tão alto grau como os demais.

Dentre os fatores estudados, o mais importante parece ser a identidade ou diferença de médicos assistentes nas internações. Evidentemente, quando os médicos são diferentes a discordância aumenta várias vezes. Infelizmente, as amostras somente permitiram estudar a influência desse fator sobre a discordância diagnóstica, quando o hospital nas duas internações era o mesmo. Internações em hospitais diferentes, em que o médico é o mesmo, são muito raras e exigem, por isso mesmo, amostras muito grandes e trabalho de coleta prolongado por vários anos ou um número muito grande de instituições.

Uma variável de resultados consistentes nos subgrupos estudados, foi a do tipo de diagnóstico. As discordâncias nos diagnósticos de "Álcool e drogas" e "Esquizofrenia" foram significativamente menores do que nos "Outros diagnósticos". Nesta última categoria estão englobadas "Neuroses e transtornos de personalidade", "Psicose maníaco-depressiva", "Outras psicoses não orgânicas" e "Transtornos orgânicos". Essa reunião foi feita devido às baixas frequências de cada um desses tipos isoladamente que, se individualizados na análise teriam distorcido, e mesmo inviabilizado, a aplicação do modelo logístico.

Esse achado confirmou o esperado, de acordo com os índices de concordância (Kappas, na tabela 1), para as seis categorias de diagnóstico estudadas. A categoria "Álcool e drogas" foi a que apresentou a maior concordância; a "Esquizofrenia", embora tenha revelado valores baixos nos pacientes com internações em hospitais diferentes, apresentou grande melhora na confiabilidade quando os diagnósticos

foram feitos no mesmo hospital. Já as demais categorias, com exceção parcial de "Psicose maníaco-depressiva", não apresentaram índices satisfatórios sob quaisquer condições.

Talvez a melhor confiabilidade diagnóstica das duas categorias não decorra de fatores como menores intervalos entre as admissões, que levariam a mudanças menos marcantes na sintomatologia, ou como maiores durações das internações, que possibilitariam um maior tempo de contato entre médicos e pacientes. Na verdade, parece que a hierarquia de diagnósticos não prevalece no meio brasileiro exatamente da forma como Wing (15) assinalou. De acordo com esse autor, as categorias nosológicas de base orgânica ocupam as primeiras posições na hierarquia do diagnóstico psiquiátrico. Assim, sempre que exista uma síndrome orgânica, esta deve assumir precedência em relação a outros sintomas, sejam esquizofrênicos ou afetivos.

Os resultados deste estudo parecem indicar que, em nossos hospitais psiquiátricos uma referência ao uso excessivo de álcool ou drogas seja um critério adotado com certa homogeneidade pelos psiquiatras para estabelecer o diagnóstico de alcoolismo ou dependência de drogas. Paralelamente, a presença de sintomatologia psicótica seria um elemento muito forte para indicar o diagnóstico de esquizofrenia em detrimento das demais psicoses. Portanto, o uso da informação obtida através de um recorte temporal, momentâneo, na história desses pacientes, o que parece ser comum nos hospitais estudados, levaria à maior confiabilidade diagnóstica para essas duas categorias.

Apesar da boa concordância nesses diagnósticos, não podemos esquecer que elevada confiabilidade não implica, automaticamente, em alta validade diagnóstica. Nada garante que o grau de homogeneidade constatado anteriormente esteja relacionado com a correção na atribuição dos diagnósticos. Caso os clínicos considerem a maioria dos sintomas psicóticos como quadros esquizofrênicos, estarão obtendo elevada concordância (confiabilidade), mesmo que alguns, ou até muitos, desses pacientes sejam portadores de outras formas de psicose, não esquizofrênicas. Nesse caso, observa-se alta confiabilidade com validade precária. O mesmo pode ser inferido em relação à categoria de "Álcool e drogas".

A homogeneidade alcançada através de critérios diagnósticos simplistas deve ser encarada com muito cuidado para evitar a falsa impressão de que os diagnósticos são de boa qualidade.

CONCLUSÕES

A discordância de diagnósticos em diferentes internações psiquiátricas dos mesmos pacientes está relacionada com o médico e a categoria diagnóstica. Se nas internações o médico assistente for o mesmo, a possibilidade de discordância é várias vezes menor do que se os médicos forem diferentes. Do mesmo modo, referências ao uso de álcool ou drogas diminuem as possibilidades de discordância em diagnósticos feitos em oportunidades diferentes; o mesmo acontecendo com a apresentação de sintomas psicóticos, que parecem induzir ao diagnóstico de esquizofrenia, mesmo que os avaliadores sejam diferentes.

A discordância diagnóstica é significativamente mais alta no hospital público do que no hospital de ensino, mas somente quando as duas últimas internações ocorreram no mesmo hospital. Também, mas em menor grau, é maior a discordância no hospital privado do que no de ensino, nas mesmas condições. Porém não se podem generalizar os achados para o universo dos hospitais, de acordo com a sua inserção e finalidade.

Um intervalo entre internações maior do que seis meses aumenta, significativamente, a possibilidade de discordância diagnóstica psiquiátrica mas, desta vez, somente quando as duas últimas internações ocorreram em hospitais diferentes. Não é possível afirmar que o sexo e a idade dos pacientes, assim como a duração média das internações, esteja relacionada com a possibilidade de discordância.

REFERÊNCIAS

- 1 Kendell, R. E. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1975.
- 2 Ash, P. The reliability of psychiatric diagnosis. *J Abnorm Soc Psychol* 44(2):273-277, 1949.
- 3 Spitzer, R. L. e Fleiss, J. L. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. *Br J Psychiatry* 125:341-347, 1974.
- 4 Caetano, R. Causas de baja confiabilidad del diagnóstico en psiquiatria: una revisión crítica. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 24:115-130, 1978.
- 5 Almeida Filho, N. Variáveis sócio-culturais como fonte de bias no diagnóstico psiquiátrico. *J Bras Psiquiatr* 33:159-166, 1984.
- 6 Mari, J. J. e Williams, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med* 15:651-659, 1985.

- 7 Coutinho, E. S. F. *Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico em hospitais do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública—Fundação Instituto Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ).
- 8 Coutinho, E. S. F., Klein, C. H., Morgado, A. F., Iguchi, T. e Souza, E. R. Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico em hospitais do Rio de Janeiro. *J Bras Psiquiatr* 37(4):197-200, 1988.
- 9 Grove W. M., Andreasen, N. C., McDonald-Scott, P., Keller, M. B. e Shapiro, R. W. Reliability studies of psychiatric diagnosis theory and practice. *Arch Gen Psychiatry* 38:408-413, 1981.
- 10 Cohen, J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 20:37-40, 1960.
- 11 Organização Mundial da Saúde. *Manual de Classificação Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbitos*, 9a. revisão. São Paulo, OMS, 1978.
- 12 Sachs, J., Riner, G., Gabel, P. e Ross, R. *1-2-3 User's Manual*. Cambridge, Lotus Development, 1983.
- 13 Rothman, K. J. *Modern Epidemiology*. Boston, Little, Brown and Co., 1986.
- 14 McGee, D. L. A program for logistic regression on the IBM-PC. *Am J Epidemiol* 124:702-705, 1986.
- 15 Wing, J. K. *Reflexões sobre a loucura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.

SUMMARY

SOURCES OF DISCREPANCY IN PSYCHIATRIC DIAGNOSIS AT HOSPITALS IN RIO DE JANEIRO, BRAZIL

The hospitalization records for two consecutive admissions of the same patients were examined at three psychiatric hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. The authors investigated sources of discrepancy between diagnosis, examining such data as sex and age of patients, type of hospital (public, private or academic), type of diagnosis, interval between admissions, average duration of stay, and whether or not the evaluating physicians and the institutions were the same in both admissions.

The diagnosis categories "Schizophrenia" and "Alcohol and drugs" showed fewer discrepancies than the other groups of diagnoses as a whole, regardless of the hospital in which the admissions had been ($P < 0.01$). In the case of patients with the two admissions at different hospitals, the type of diagnosis and the interval between the last two admissions were found to be associated with diagnosis discrepancy ($P < 0.05$). When the last two admissions were to the same institution, discrepancies were associated with the type of hospital and whether or not the attending physician was the same in both events ($P < 0.01$).